



WELL CHILD EXAM -  
ADOLESCENCE: 16 YEARS  
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

청소년(16세)

청소년이 직접 작성함

청소년 이름	생년월일
알레르기 문제	현재 복용하고 있는 약물
지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등	오늘 질문한 사항:
<div>예 아니오      예 아니오</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 아침 식사를 합니다.      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 매일 신체적인 활동을 합니다.</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 의논할 상대가 있습니다.      <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 충분한 수면을 취합니다; 야간 ____ 시간</div> <div><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다.</div>	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE      HEIGHT CM/IN. PERCENTILE      BLOOD PRESSURE

☐ Review of systems      ☐ Review of family history

Screening:	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
Vision Screen	R 20/	_____	L 20/
		_____	_____
Development	N	A	
Behavior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Physical:	N	A	
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait

Describe abnormal findings and comments:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE

HEALTH PROVIDER SIGNATURE

Diet \_\_\_\_\_

Sleep \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Review Immunization Record	<input type="checkbox"/> TB	<input type="checkbox"/> Dental Referral
<input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____		
<input type="checkbox"/> Cholesterol		
Health Education: (Check all discussed/handouts given)		
<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control	<input type="checkbox"/> Regular physical activity/Sports	
<input type="checkbox"/> Seat belts/Driving	<input type="checkbox"/> Injury prevention/safety	
<input type="checkbox"/> Tobacco Use	<input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol	<input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Sex education/birth control	<input type="checkbox"/> Suicide/Depression	
<input type="checkbox"/> Dental Care	<input type="checkbox"/> Self Exam	<input type="checkbox"/> Future Plans
<input type="checkbox"/> Other: _____		

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IMMUNIZATIONS GIVEN

REFERRALS

HEALTH PROVIDER NAME

HEALTH PROVIDER ADDRESS

## **Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)**

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### **Fluoride Screen**

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

### **Screens for Sexually Active Teens**

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

### **Hepatitis B Vaccine**

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

### **High Risk Behavior**

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.

### 청소년(16세)

청소년이 필수적으로 필수적으로 필수적으로	청소년 이름		생년월일
	알레르기 문제		현재 복용하고 있는 약물
	지난 방문 이후의 질병/사고/문제/염려사항 등		오늘 질문한 사항:
	<div><div><div>예</div><div>아니오</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div>매일 아침 식사를 합니다.</div></div><div><div>예</div><div>아니오</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div>의논할 상대가 있습니다.</div></div><div><div>예</div><div>아니오</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div>학교 또는 직장에서 자신이 하는 일에 만족합니다.</div></div></div> <div><div><div>예</div><div>아니오</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div>매일 신체적인 활동을 합니다.</div></div><div><div>예</div><div>아니오</div><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div><div>충분한 수면을 취합니다; 야간 ____시간</div></div></div>		
체중 KG./OZ. 백본을		신장 CM/IN. 백본을	혈압
<div><input type="checkbox"/> 신체검사</div> <div><input type="checkbox"/> 가족병력 검토</div> <div>검사항목:</div> <div>청력 검사</div> <div>MHZ</div> <div>R</div> <div>L</div> <div>4000</div> <div>2000</div> <div>1000</div> <div>500</div> <div>시력 검사</div> <div>R 20/</div> <div>L 20/</div> <div>정상</div> <div>비정상</div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div>발달 사항</div> <div>행동 사항</div> <div>사회정서적 사항</div> <div>정신건강</div> <div>신체:</div> <div>외모</div> <div>피부</div> <div>머리</div> <div>눈</div> <div>귀</div> <div>코</div> <div>구강인두/치아</div> <div>목</div> <div>결절</div> <div>이상 건강에 대한 설명이나 의견:</div>		<div>식사</div> <div>수면</div> <div><div><input type="checkbox"/> 예방접종 기록 검토</div><div><input type="checkbox"/> Hgb/Hct (헤마토크리토 / 헤모글로빈) 콜레스테롤</div><div><input type="checkbox"/> TB(결핵)</div><div><input type="checkbox"/> 치과의뢰</div><div>보건교육: (의논을 하였거나/제공된 모든 인쇄물에 체크)</div><div><input type="checkbox"/> 영양/체중 조절</div><div><input type="checkbox"/> 규칙적인 운동/스포츠</div><div><input type="checkbox"/> 안전벨트/운전</div><div><input type="checkbox"/> 사고방지책/안전</div><div><input type="checkbox"/> 담배사용</div><div><input type="checkbox"/> 마약/음주</div><div><input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS(성병/에이즈)</div><div><input type="checkbox"/> 성교육/피임</div><div><input type="checkbox"/> 자살/우울증</div><div><input type="checkbox"/> 치과진료</div><div><input type="checkbox"/> 자가진단</div><div><input type="checkbox"/> 미래에 대한 계획</div><div><input type="checkbox"/> 기타:</div><div>평가/계획:</div></div>	
다음 방문: 18세		진찰자 성명	
진찰자 서명		진찰자(진료원) 주소	

## 16세 청소년의 자가 건강관리

### 건강관리에 필요한 사항

#### 16세에서 18세 사이에 청소년의 신체를 돌보는 방법들

의사에게 정기적으로 건강과 시력, 청력 진단을 받는 것이 필요합니다. 일년에 적어도 한 번씩은 치과에 갑니다.

학교와 직장에서, 또는 운전시 최선을 다하려면 최소한 매일 밤 8시간의 수면이 필요합니다. 수면 시간을 줄여하는 초과 근무는 피하도록 합니다.

체중 조절에 가장 효과적인 방법은 운동입니다. 다이어트는 반드시 계획 및 감독 하에서 실행합니다. 체중조절을 위해 변비 치료제나 구토제를 사용하면 인체에 해를 줄 수 있습니다. 신체의 성장에 필요한 영양을 제대로 공급할 수 없기 때문입니다. 체중 조절을 위해 구토제나 변비약을 사용하는 친구가 있다면 누군가 도와주어야 합니다.

#### 도움이나 상세한 정보를 원할 때

Family Helpline: 1-800-932-4673,  
National Crisis Helpline: 1-800-999-9999  
혹은 Boys Town National Crisis Line  
1-800-448-3000.

#### 10대를 위한 성 정보:

[www.teenwire.com](http://www.teenwire.com).

#### 동성이 청소년 연락처에 대한 정보:

PFLAG (Parents, Families, and Friends of Lesbians and Gays) [www.pflag.com](http://www.pflag.com) 혹은  
202-467-8180.

#### 식욕장애연락처:

[www.allabouteatingdisorders.com](http://www.allabouteatingdisorders.com).

### 건강한 행동 양식

성, 금욕, 성감염 질환, 그리고 피임법에 대해 배우십시오. 섹스에 "아니오"라고 말할 이유와 방법에 관해 알고 있어야 합니다. 성과 관련하여 결정할 문제에 관해 부모님이나 다른 성인 조언자와 의논합니다.

흡연은 감기, 사인우스감염(sinus infections), 암, 입냄새의 원인이 되어 옷과 머리카락에 냄새를 베게 합니다.

당신의 감정과 행동, 친구, 학업, 그리고 출석면에서 부정적이고 급격한 변화가 생기는 것은 우울증의 신호입니다. 우울감에 빠져 있다는 생각이 들면 의사를 찾아 가거나 부모님께 도움을 청하십시오. 친구가 지나치게 슬퍼 보이거나 화를 내고 행동에 변화가 있는 경우, 어디에 도움을 청해야 하는지 알고 있도록 합니다.

적어도 TV를 보거나 컴퓨터 앞에서 보내는 만큼 또는 그 이상의 시간을 운동을 하거나 친구들과 함께 보냅니다.

많은 10대들이 주변에 동성애자인 10대 청소년을 알고 있습니다. 당신이 이에 관해 대화를 원할 수도 있습니다. 10대 동성애자와 그들의 가족 및 친구들을 지원하는 기관 중 한 곳으로 전화할 수도 있습니다.

취미나 재능이 직업의 시작이 될 수 있습니다. 또한 자신에 대한 신뢰를 가질 수 있도록 도와줍니다. 흥미있는 스포츠, 연극, 미술, 음악, 사진, 또는 보석 가공 등 여러 분야를 탐색해 보십시오.

### 안전정보

다른 10대를 승객으로 태운 10대 운전자의 운전은 대부분 위험합니다. 당신과 부모님은 운전(특히 친구와 동승할 때)과 관련하여 명확한 운전 규칙에 합의해야 합니다. 예를 들면, 모든 운전자와 승객이 항상 안전 벨트를 착용합니다. 음주 운전은 결코 하지 않으며 음주한 사람과 동승하지 않습니다.

다음을 명심하십시오. 친구라면 "친구가 음주 운전하도록 두지 않을 뿐 아니라" 음주한 사람과 동승하지도 않게 합니다.

자외선 차단제(선스크린 크림)를 사용하십시오. 햇빛을 너무 많이 쬐면 주름과 암의 원인이 됩니다.